Generelle Hinweise zur Patientenverfügung

Sie ist dem Hausarzt und bei Spitaleintritt dem behandelnden Arzt zu übergeben. Eine bevollmächtigte Person erhält eine Kopie.

Detailliertere Patientenverfügung:
Wir empfehlen Ihnen zwei Möglichkeiten

- DOCUPASS von Pro Senectute. In dieser Mappe sind enthalten: ausführliche Patientenverfügung, Unterlagen zum Vorsorgeauftrag, Anordnungen für den Todesfall, Hinweise zum Abfassen eines Testaments. Den DOCUPASS können Sie für Fr. 19.— bei uns bestellen.
- Patientenverfügung der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte, welche unter www.fmh.ch heruntergeladen werden kann.

Eine Patientenverfügung soll regelmässig überprüft und neu datiert werden. Der DOCUPASS von Pro Senectute verfügt in der elektronischen Version über einen Erinnerungsservice.

Tragen Sie den persönlichen Ausweis in Ihrem Portemonnaie, damit bei einem plötzlichen Ereignis klar ist, dass Sie eine Patientenverfügung hinterlegt haben.

Pro Senectute AR
Gossauerstrasse 2
9100 Herisau

Telefon 071 353 50 30

www.ar.prosenectute.ch
info@ar.prosenectute.ch

Sie erreichen uns am Besten von 8:30 bis 11:30 Uhr.

ZEWO ZERTIFIZIERT CERTIFIÉ CERTIFICATO

2022.02

PRO SENECTUTE
GEMEINSAM STÄRKER

Einfache Patientenverfügung

Einfache Patientenverfügung zum selber Ausfüllen.

Appenzell Ausserrhoden

Patientenverfügung für

Name ----------

Vorname ----------

Strasse ----------

PLZ, Ort ----------

Geburtsdatum ----------

Für den Fall, dass ich durch Unfall oder Krankheit meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verlieren sollte, gebe ich heute, im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nachstehend meinen Willen kund.

Krankheit / Unfall

Wenn es nach aktuellem medizinischen Wissensstand und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung unmöglich oder sehr unwahrscheinlich ist, dass ich von meinem Leiden geheilt werden kann, so will ich, dass man auf Massnahmen verzichtet, die nur eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Ich wünsche aber eine wirksame Behandlung von Schmerzen und belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot und Übelkeit.

Mein Leben soll sich in Würde und Stille vollenden. Ich bitte alle behandelnden Ärzte und Pflegepersonen bevor sie eine Entscheidung treffen, sich mit folgenden Vertrauenspersonen zu besprechen:

Name,Vorname, Telefonnummer

_____

_____

_____

Name,Vorname, Telefonnummer

_____

_____

_____

Gegenüber den vorgenannten Personen entbinde ich die Ärzte von ihrem Arztgeheimnis.

Nach meinem Tod

Autopsie

O Ich erlaube **keine** Obduktion meines Körpers

O Ich erlaube eine Obduktion meines Körpers

Transplantation

O Ich gestatte **keine** Entnahme meiner Organe zur Transplantation

O Ich gestatte die Entnahme meiner Organe zur Transplantation

Persönliche Wünsche / Bemerkungen

_____

_____

_____

Erlassen: Ort/Datum Unterschrift

_____

Erneuert: Ort/Datum Unterschrift

_____